WEEK-END COHESION

**Du dimanche 6 juillet au mercredi 9 juillet 2025**

TROUSSEAUX

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **GITE** | **SPORT** | **RANDONNEE** | **AUTRES** |
| DRAP HOUSE **140x200**DRAP PLAT OU DUVETTAIE D’OREILLERAFFAIRES DE TOILETTESSERVIETTE DE TOILETTESPYJAMA | **JUDO** JUDOGITEE-SHIRT pour les fillesCEINTURECLAQUETTES OU TONGS**(obligatoire)**GOURDE (**Min. 1L**)**FOOTING** BASKETJOGGING OU SHORTCHAUSETTES | SAC À DOS **15L**BONNES CHAUSSURESTENUE RANDO **(chaussettes hautes)**CREME SOLAIRECASQUETTELUNETTES DE SOLEIL  | FICHE SANITAIREÀ remplir et à signer |

**Fiche Sanitaire de Liaison**

📅 **Dates du séjour :** ……………………………
📍 **Lieu du séjour :** ……………………………

**1. Informations sur le participant**

* **Nom :** ……………………………
* **Prénom :** ……………………………
* **Date de naissance :** ……………………………
* **Adresse :** ……………………………
* **Téléphone du participant (si applicable) :** ……………………………

**2. Personne(s) à contacter en cas d’urgence**

* **Nom :** ……………………………
* **Lien de parenté :** ……………………………
* **Téléphone(s) :** ……………………………

(Autre contact d’urgence si nécessaire)

* **Nom :** ……………………………
* **Lien :** ……………………………
* **Téléphone :** ……………………………

**3. Informations médicales**

✅ **Le participant est-il à jour dans ses vaccinations ?**
(Obligatoire pour les activités collectives)

* Vaccinations usuelles (DTP, ROR…) : ☐ Oui ☐ Non
* Vaccin antitétanique : ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

✅ **Le participant suit-il un traitement médical actuellement ?**
☐ Oui ☐ Non
Si oui, lequel ? (Nom du médicament, posologie, moment de la prise) :
…………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………

✅ **Antécédents médicaux ou allergies connues :**
(Médicamenteuses, alimentaires, piqûres d'insectes…)
☐ Oui ☐ Non
Si oui, précisez :
…………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………

✅ **Asthme ou problème respiratoire connu :**
☐ Oui ☐ Non
Si oui, traitement d’urgence à prévoir : ……………………………

✅ **Intolérances alimentaires ou régime particulier :**
☐ Oui ☐ Non
Si oui, précisez :
…………………………………………………………………………………………

✅ **Peut-il participer à toutes les activités physiques et sportives prévues ?**
☐ Oui ☐ Non
Si non, précisez les restrictions :
…………………………………………………………………………………………

✅ **Autorisation pour l’administration de médicaments de première nécessité par l’encadrement (paracétamol, antiseptique, etc.) ?**
☐ Oui ☐ Non

✅ **Autre information utile pour les encadrants (trouble du sommeil, phobie, etc.) :**
…………………………………………………………………………………………

**4. Droit à l’image**

J’autorise les organisateurs à prendre et utiliser des photos/vidéos de mon enfant dans le cadre du week-end cohésion (usage interne / réseau social de l’organisation / bilan de projet).

☐ Oui ☐ Non

**5. Autorisation parentale**

Je soussigné(e) **(Nom, prénom du responsable légal)** :
…………………………………………………………………………………………
Autorise mon enfant à participer au **week-end cohésion**, à être transporté en cas de besoin, et à recevoir les soins médicaux d’urgence si nécessaire, après avis médical.

**Date :** ……………………………
**Signature du responsable légal :**

(Signature obligatoire)

👉 **Pièces à joindre :**

* Copie de la carte Vitale ou de l’attestation d’assurance maladie, mutuelle
* Copie d’une pièce d’identité de l’adolescent